TRAITEMENT DE L'ARTHROSE

La nabumétone efficace et bien tolérée sur le long terme

Des modifications de la notice du Gambaran® ont été publiées sur la posologie de la nabumétone, sa sécurité d'emploi et sa tolérance tant en traitement aigu que sur le long terme. C'est une reconnaissance officielle du bénéfice de cet AINS atypique qui a fait ses preuves dans les essais cliniques mais aussi en "real life". L'avis du Dr. Félix Debusscher, chirurgien orthopédiste (Grand Hôpital de Charleroi) sur l'utilisation prolongée de la nabumétone en chirurgie de la hanche et de la colonne.

La nabumétone (Gambaran®) est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) non sélectif doté des propriétés antalgiques et anti-inflammatoires propres à sa classe. Son activité s'exerce via une inhibition équivalente de la COX-1 et de la COX-2 qui peut favoriser la synthèse de prostaglandines gastro-protectrices[1], en contraste avec les mécanismes d'action d'autres AINS. Cette sécurité d'emploi sur le court terme mais aussi sur le long terme est une préoccupation majeure en suivi de chirurgie orthopédique. Pour le Dr. Debusscher «*nous sommes très demandeurs d'un AINS efficace, facile d'emploi et bien toléré d'autant que les prescriptions sont à moyen terme et même à long terme chez des sujets parfois âgés, fragiles et à risque de complications*».

Jusqu'à 8 ans de recul

La nabumétone a été évaluée pour son efficacité et sa tolérance[2] chez 1.677 patients présentant une arthrose ou une polyarthrite rhumatoïde traités sur le court terme (6mois) et le long terme (> 8ans). Les résultats montrent dans les deux indications, une efficacité équivalente aux comparateurs qui se maintient sur le long terme sans effets secondaires significatifs à un an et plus. Sur le plan des complications gastro-intestinales, 0,95% des patients développent des ulcères dont la moitié avait déjà des antécédents. Sur le court terme, une autre étude[3] montre que l'incidence des complications



▲ *Dr. Félix Debusscher, chirurgien orthopédiste (Grand Hôpital de Charleroi)*

gastro-intestinales sous nabumétone est estimée à 0,1/mois/1.000 patients versus 2,8 à 5/mois/1.000 patients pour les AINS de comparaison. Pour le Dr. Debusscher, «*ces données rejoignent ma pratique, je suis passé d'un AINS plus classique au Gambaran® et n'ai eu aucun retour négatif en terme de complications*».

En chirurgie orthopédique

Le suivi d'une chirurgie de hanche ou de colonne est souvent une situation difficile. Pour le Dr. Debusscher, «*c'est un tout autre contexte qu'un traitement de fracture ou d'entorse; nous avons des patients âgés, avec des douleurs importantes, des co-morbidités et qui sont souvent polymédiqués et à risque de complications. L'AINS se prescrit pour de longues périodes, ce qui impose la prudence. Avec le Gambaran®, j'ai un recul quasi systématique de 2 ans et j'observe comme le décrit la littérature, une efficacité équivalente mais avec une tolérance supérieure aux autres AINS. La dose classique est de 1 à 2 gr le soir avec une possibilité de doubler si le tableau clinique le justifie*». Pour le Dr. Debusscher, «*Cette dose convient parfaitement chez la majorité des patients. Il m'arrive de l'augmenter chez des patients qui présentent un pic inflammatoire important très douloureux. On ne note pas de majoration des effets secondaires d'autant que je procède par de brèves cures successives (quelques jours) et reprises à la demande. L'association d'un IPP n'est pas systématique hormis chez le patient âgé*».

Un premier choix

«*En suivi de chirurgie orthopédique, mon expérience m'a fait passer d'un AINS classique au Gambaran® en première ligne. C'est actuellement mon AINS de référence pour son efficacité et sa sérénité d'emploi. Le spectre d'utilisation est large : lombalgies, cervicalgie, phénomènes dégénératif, chirurgie rachidienne, … . Qui plus est, le rapport coût / bénéfice est très favorable ce qui compte de nos jours*», conclut le Dr. Debusscher. ◆

Interview réalisée par ActuaMedica, à la demande de Meda Pharma

Références
1.Patrignani P, et al. J Pharmacol Expt Ther 1994;271(3):1705-12
2.Fleischmann RM, et al. J Rheumatol 1992;19:32-40
3.Carson JL, et al. Arch Inter Med 1987;147:1054-9